

Année 1930

THÈSE N° 300
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Antoine BOYER

Né le 4 Juillet 1903, à Marseille (Bouches-du-Rhône)
Externe des Hôpitaux de Paris
Interne de l'Hospice de Brevannes

DE L'ANGINE DE POITRINE
compiquant les
Névralgies Intercostales et Brachiales Gauches

Président : M. le Professeur SERGENT

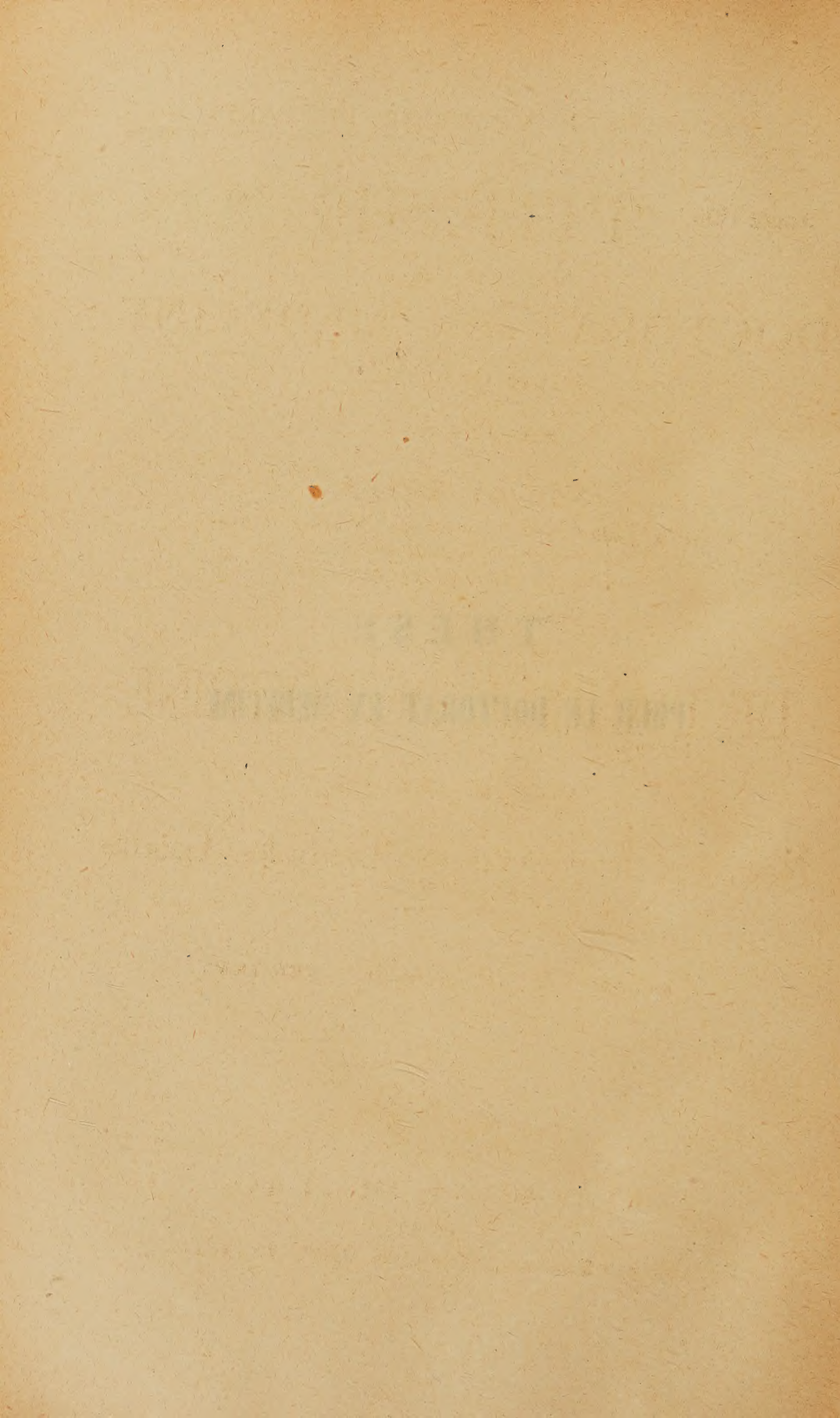
PARIS
LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1930

T H E S E
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Antoine BOYER

Né le 4 Juillet 1903, à Marseille (Bouches-du-Rhône)

Externe des Hôpitaux de Paris

Interne de l'Hospice de Brévannes

DE L'ANGINE DE POITRINE

compiquant les

Névralgies Intercostales et Brachiales Gauches

Président : M. le Professeur SERGENT

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1930



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen

I. — Professeurs

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et Histoire naturelle médicale
Pathologie et Thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique

Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique thérapeutique médicale
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique
Clinique de la Tuberculose
Professeur sans chaire

M. ROGER

MM.

ROUVIERE
CUNEO
ROGER
STROHL
DESGREZ
LEMIERRE
BRUMPT
BAUDOUIN
CLERC
LENORMANT
ROUSSY
CHAMPY
TITFENEAU
LOEPER
TANON
BALHAZARD
MENETRIER
RATHERY
M. VILLARET
CARNOT
BEZANÇON
ACHARD
MARCEL LABBE
LEHEB-OLLET
NOBECOURT
H. CLAUDE
GOUGEROT
GUILLAIN
TEISSIER
DELBET
HARTMANN
LEJARS
GOSSET
TERRIEN
LEGUEU
COUVELAIRE
BRINDEAU
JEANNIN
J.-L. FAURE
OMBREDANNE
VAQUEZ
SEBILEAU
Pierre DUVAL
SERGENT
Léon BERNARD
MAUCLAIRE

II. — Agrégés en exercice

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
BINET Physiologie.
AUBERTIN Pathologie médicale.
BENARD Pathologie chirurgicale.
BLANCHETIERE Chimie biologique.
BROcq Pathologie chirurgicale.
BRULE Pathologie médicale.
CADENAT Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.

MM.

CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER Pathologie médicale.
de GAUDARD d'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
ÉCALLE Obstétrique.
FEY Urologie.
GARNIER Pathologie expérimentale.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER Pathologie chirurgicale.

MM.

GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HOVELACQUE.....	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON.....	Hygiène.
JOYEUX.....	Parasitologie.
LABBE HENRI.....	Chimie biologique.
LAROCHE.....	Pathologie médicale.
LEMAIRE.....	Oto-rhino-laryngologie
LEROUX.....	Anatomie pathologique
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.....	Neuro-psychiatrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MERCIER (F).....	Pharmacologie.
MILLOT.....	Histologie.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.

MM.

MOULONGUET.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie
PIEDELIEVRE.....	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET.....	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphi- lographie.
VALLERY-RADOT (Pasteur).....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.
VELTER.....	Ophtalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE.....	Parasitologie
RETTERER.....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI.....	Clinique médicale.
CHIRAY.....	— —
DEBRE.....	— —
DUVOIR.....	— —
FIESSINGER.....	— —
LAIGNEL-LAVASTINE.....	— —
LERI.....	— —
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale
BASSET.....	— —

MM.

CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.....	— —
MATHIEU.....	— —
MOCQUOT.....	— —
PROUST.....	— —
SCHWARTZ.....	— —
LE LORIER.....	— —
LEVY-SOLAL.....	Clinique obstétricale.
METZGER.....	— —

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, Professeur sans
chaire,

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez
l'adulte pour les accidentés du travail, les
mutilés de guerre et les infirmes adultes.

FREY..... Stomatologie.
CHAILLEY-BERT..... Education physique.
LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
WEILL-HALLE..... Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR SERGENT

Professeur de Clinique médicale propédeutique

à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital de la Charité

A MON MAITRE, LE DOCTEUR CAMILLE LIAN

Professeur Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Tenon

Qui nous inspira ce travail, et dont la sympathie et la grande bonté, sans cesse témoignées, ont été, au cours de nos études et durant l'année passée comme externe dans son service de Tenon, le plus précieux des encouragements.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde et affectueuse gratitude.

A MES PREMIERS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

1922 M. LE PROFESSEUR GILBERT *in memoriam*.

1923 M. LE PROFESSEUR HARTMANN.

1923 M. LE PROFESSEUR CLERC.

Externat

1924 M. THIERRY.

1925 M. LIAN.

1926 M. LE PROFESSEUR GILBERT *in memoriam*.

1927 M. MARCEL PINARD.

Internat de Brévannes

1927-1928 M. MAURICE RENAUD.

1929 M. RENÉ MARIE.

INTRODUCTION

Dans les cliniques de la Charité, POTAIN écrit :

« Il n'est pas rare de voir des lésions douloureuses du membre supérieur gauche être suivies de troubles douloureux du côté du cœur. »

Et plus loin :

« Je pourrais citer bien d'autres exemples, qui prouveraient la relation étroite qu'il peut y avoir entre les névralgies du bras gauche et les troubles douloureux du côté du cœur. »

Si nous nous permettons de reprendre le sujet, c'est que le point de vue de l'angor pectoris s'est nettement déplacé.

Depuis quelques années, l'angor pectoris est un vaste syndrome dont il faut étudier les différentes étiologies. Selon l'expression de notre maître LIAN, dans son traité de cardiologie : « Il n'y a pas une vraie et des fausses angines de poitrine, mais des angines de poitrine dont les caractères cliniques et le pronostic varient selon la maladie causale. L'angine de poitrine n'est qu'un syndrome comme l'asytolie.

En outre l'observation quotidienne montre une fréquence plus grande des névralgies du plexus brachial.

Ainsi sur les indications de notre maître LIAN, nous avons pu trouver, tant dans ses fiches de ville que dans ses dossiers d'hôpital, une quarantaine d'observations où des malades ayant consulté pour une angine de poitrine présentaient un syndrome angineux comme conséquence d'une névralgie thoraco-brachiale.

Ces faits présentent un grand intérêt à la fois doctrinal et pratique. Nous insisterons surtout sur le point pratique. Nous n'avons pas besoin de souligner l'intérêt considérable qu'il y a à ne pas prendre pour une angine de poitrine d'origine cardio-artérielle, un syndrome angineux d'origine névralgique. Il est important également même si l'on porte le diagnostic d'angine de poitrine sans gravité, d'origine névropathique, d'être à même de préciser que la cause du syndrome est une névralgie du plexus brachial gauche, ou une névralgie intercostale gauche, car une pareille précision dans le diagnostic a d'heureuses conséquences thérapeutiques.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Nous ne nous attarderons pas à faire l'historique de toutes les conceptions de l'angine de poitrine. Nous rappellerons seulement la notion classique, bien précisée par POTAIN, de l'existence d'une vraie angine de poitrine d'origine coronarienne, et à côté d'elle, celle des pseudo-angines de poitrine ne relevant pas d'une cause cardiaque.

Nous mentionnerons enfin que la plupart des auteurs tendent à considérer l'angine de poitrine comme un vaste syndrome, conception formulée par notre maître LIAN dès 1913, alors que la conception classique était encore couramment admise.

Mais nous envisagerons spécialement les étapes de la question des rapports de l'angine de poitrine et des névralgies thoraco-brachiales. AXENFELD, dans le traité de pathologie médicale 1864, de REQUIN, tome IV, page 700, écrivait :

« Il ne me répugne pas d'admettre que dans certains cas d'angine de poitrine, le foyer d'hyperesthésie puisse

être dans les nerfs intercostaux ou dans les nerfs du membre supérieur et que les plexus cardiaques soient l'aboutissant de l'excitation morbide de la moëlle, au lieu d'en être l'origine. Ce qui manque ce sont les preuves cliniques de cette ingénieuse supposition ».

Ce n'est que 18 ans plus tard que les preuves cliniques furent apportées.

POTAIN montre qu'on peut observer comme conséquence des névralgies brachiales deux sortes d'accidents : d'une part les accidents pseudo-angineux, d'autre part une hypertrophie cardiaque.

Dans la clinique qu'il consacre à cette question il rapporte trois observations personnelles, et quelques faits analogues publiés par divers auteurs.

Plus tard HUCHARD considère également que des accès de fausse angine de poitrine sont susceptibles de survenir comme complication des névralgies brachiales et aussi des névralgies intercostales. Enfin pendant la grande guerre l'étude de 4 observations récentes amène notre maître LIAN à faire un travail sur les troubles cardiaques dans les névralgies intercostales gauches. Ils consistent dans les formes les plus pénibles en véritables crises d'angine de poitrine, dans les formes moins sévères en crises de palpitations ou en sensation de dyspnée et de palpitations, survenant dans les efforts accompagnés parfois de malaises vertigineux ou lypothymiques.

D'après LIAN, ce complexe symptomatique relève du même mécanisme pathogénique que les douleurs périphériques (brachiales, intercostales) dans l'angine de poitrine, mais les phénomènes réflexes se produisent en sens

inverse. C'est un état morbide des nerfs intercostaux ou des racines postérieures dorsales qui, par l'intermédiaire des rami-communicantes, retentit sur les filets sympathiques du plexus cardiaque.

Ces faits ne font que confirmer LIAN dans sa conception formulée en 1913, de l'angine de poitrine regardée comme un vaste syndrome. Aussi dans un traité des maladies du cœur (1922) leur fait-il une place dans les angors d'origine nerveuse. Il y ajoute le cas d'un jeune sujet de 26 ans qu'il a observé pendant la guerre. Ce sujet présentait une cicatrice palmaire gauche, reliquat d'une brûlure à l'âge de 15 mois. Lorsqu'il cherche à travailler avec la main gauche, ou lorsqu'il marche, ou encore la nuit au repos, il est pris de violentes douleurs partant de la paume de la main gauche, gagnant l'épaule gauche, la région précordiale, s'accompagnant d'oppression et de palpitations.

Ultérieurement LIAN a étudié d'autres angors réflexes ; par exemple la forme angineuse de la colique hépatique avec WEISSENBACH et PARTURIER, l'angor de l'aérogastrocolie avec son élève Flora. Il admet donc une grande classe d'angor réflexe, groupe méconnu par GALLAVARDIN dans son rapport au Congrès de Nancy où il distingue seulement les angors organiques et l'angor névrosique (ancienne fausse angine hystérique).

Plus récemment la grande fréquence des névralgies thoraco-brachiales a conduit notre maître LIAN à observer de nombreux accès angineux d'origine névralgique ; il a bien voulu nous diriger dans ce travail basé sur ses observations personnelles, dont certaines ont été recuei-

lies par nous même lorsque nous avons l'honneur d'être externe dans son service.

L'étude clinique de ces faits montre que dans beaucoup de cas c'est l'angor pectoris qui dominait la scène clinique, bon nombre des $\frac{1}{10}$ malades faisant l'objet de nos observations avaient été adressés à notre maître avec le diagnostic d'angine de poitrine. En effet la symptomatologie se rapprochant beaucoup de celle d'angor d'origine cardio-artérielle, d'autant même que les angors les plus graves revêtent souvent des aspects dégradés peu typiques. D'autre part souvent chez nos malades la névralgie intercostale ou la névralgie du plexus brachial était discrète, demandait à être recherchée. Aussi s'explique-t-on que, dans beaucoup d'observations le syndrome angineux accapare l'attention ; nous montrerons comment il est possible de déceler la névralgie brachiale discrète qui oriente le diagnostic étiologique.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Pour l'étude des observations qui vont suivre, il nous a paru utile de les diviser en trois groupes.

Dans le premier groupe nous avons placé les observations qui nous paraissaient les plus typiques pour la démonstration de notre thèse. Ce sont celles qui présentent le syndrome dans tout son épanouissement y compris les effets thérapeutiques .

Dans le deuxième groupe se trouvent les observations où le syndrome bien que moins complet présente encore un gros intérêt démonstratif.

Enfin dans le troisième groupe se trouvent les observations dont le syndrome est fruste, incomplet, moins typique, mais où certains détails méritent cependant d'être notés.

Il ne nous a pas paru utile de séparer les observations où la névralgie intercostale paraissait être seule en cause parce qu'elles sont la minorité, une douzaine seulement, et que de plus, dans plusieurs de ces observations, si les points douloureux sur le trajet des nerfs brachiaux ne

sont pas relevés, les malades accusent cependant des troubles douloureux irradiant dans le bras.

Au cours des observations nous avons pris la liberté, de souligner d'une phrase un point qui nous a paru remarquable.

GROUPE I

OBSERVATION N° 1

R..., 26 ans, soldat du 1^{er} Génie.

Le 13 mai 1916, le malade est envoyé avec le diagnostic d'endopéricardite.

Dans ses antécédents, une fièvre typhoïde à l'âge de 18 ans est à noter, puis plus rien jusqu'en 1915-(février). A cette époque, un éboulement le contusionne violemment : points douloureux thoraciques, dyspnée, hémoptysie. Le malade est évacué et ne retourne au front que le 25 juin 1915. Revient pendant l'hiver à l'arrière : toux, quelques crachats sanglants.

Alors que dans la journée, il avait ressenti une forte émotion, un soir en dînant, il ressent une douleur dans la région apéxienne. Cette douleur persiste pendant huit jours, assez violente pour l'obliger à s'arrêter, couvert de sueurs froides.

Le 7 mai, en buvant, il éprouve une vive douleur dans l'œsophage. Le soir, au dîner, même douleur œsophagienne : les bouchées solides paraissent s'arrêter dans l'œsophage et, quand il boit, pour faire couler, le liquide froid cause une vive douleur.

Le 8 mai, la marche est pénible. Il ressent une douleur précordiale irradiant au coude. Par instants la douleur est si violente qu'il est obligé de s'arrêter et de se coucher à terre.

14 mai, l'examen montre un cœur absolument normal, cliniquement et radiologiquement.

Mais points douloureux à la pression des extrémités internes des 4^e et 5^e espaces intercostaux gauches.

Point douloureux juxta-vertébral à gauche, zone d'hypéresthésie très nette et constante large du 4^e espace à la 8^e côte dans la

région précordiale, s'amincit ensuite pour s'élargir dans la région latéro-vertébrale gauche.

15 mai, un traitement par ventouses scarifiées, 1 gr. 50 d'aspirine amène une amélioration notable. Les douleurs sont nettement moins fortes.

3 juin, il ne persiste plus qu'une légère zone d'hyperesthésie.

OBSERVATION N° 2

M..., pionnier 5° D. C., 23 ans.

2 avril 1916. — Depuis deux mois le malade se plaint d'une douleur de la région antérieure et gauche de la poitrine. Cette douleur était d'abord sourde et presque constante. Plus forte le soir, elle devenait alors pénible. Par périodes de 5 à 10 minutes, il lui semble que la poitrine est pressée, comprimée. A cette douleur s'ajoute une sorte de malaise, une impression de mort imminente. Ce malaise ne dure qu'une à deux minutes.

Le même phénomène s'est reproduit six fois depuis deux mois, une seule fois la nuit étant couché.

A la fin du malaise : urines claires.

L'examen cardiaque est entièrement négatif.

Toute la région antérieure et gauche est douloureuse à la palpation, mais la douleur est plus forte dans les espaces intercostaux, surtout à l'extrémité interne du 2° espace.

Le sommet de l'aisselle est douloureux. Hyperesthésie à la piqure dans un trapèze latéro-sternal gauche partant du 2° espace au 5°.

28 mai. — Une application de teinture d'iode et de ventouses avait amené une diminution des symptômes.

OBSERVATION N° 3

M..., fantassin, 42 ans.

Le malade a été évacué à l'arrière une première fois en juin 1916 pour entéro-colite, une deuxième fois en 1917 pour cœur forcé, arythmie, fatigue générale. Enfin, une troisième fois, en 1917, pour cardiopathie.

En septembre 1917, en cassant des pierres, le malade ressent un choc violent au cœur, puis cela lui monte à la gorge et il perd connaissance pendant une minute. Aucun caractère de crise comitiale.

Depuis lors il est facilement essoufflé et a une nouvelle crise sans perte de connaissance.

De temps en temps, au repos, il a une ébauche de crise, ses mains deviennent violettes, il a une sensation bizarre au cœur, la gorge est serrée.

D'une façon permanente, quelque chose le brûle au cœur.

L'examen cardiaque clinique et radiologique est négatif.

Hyperesthésie intéresse les 2°, 3° et 4° espaces intercostaux gauches en avant, et les 2°, 3°, 4° et 5° en arrière.

Pression très douloureuse au niveau des extrémités internes en avant et le long de la colonne en arrière de tous ces espaces.

24 février. — Un traitement par pointes de feu, aspirine, amène un grand soulagement.

A la quatrième application de pointes de feu, plus de points douloureux, plus d'hyperesthésie.

Les palpitations et l'essoufflement à la marche rapide persistent.

OBSERVATION N° 4

Mme S...

27 mars 1918. — La malade a traversé une crise de dépression nerveuse et physique. Elle souffre ensuite de douleurs violentes dans la région du cœur par crises de 3 à 4 minutes.

Quinze jours après, nouvelle crise douloureuse plus importante avec irradiations brachiales. Une troisième crise s'accompagne d'étouffement. Une quatrième crise s'accompagne d'étouffement, d'angoisse et de refroidissement dans la moitié inférieure du corps.

Lors d'une cinquième crise la douleur devient très intense, c'est une barre épigastrique avec griffe en dedans du sein gauche. La malade étouffe, est angoissée, baignée de sueurs froides, elle a l'impression « qu'elle va mourir ».

Il se reproduit une sixième crise moins importante.

Toutes ces crises ont lieu vers cinq heures du soir, durant d'un quart d'heure à une heure et demie. Ces crises laissent derrière elles de la courbature généralisée et de l'engourdissement du bras gauche.

Dans ses antécédents, on note, en 1927 une crise de *colique hépatique*, mais les *troubles vésiculaires* ont disparu depuis quelques mois.

Son mari a présenté à 40 ans une cataracte, à propos de laquelle on a suspecté la syphilis.

Examen. — Aucune lésion cardio-artérielle ni à l'auscultation ni à l'examen radioscopique. L'examen à l'écran révèle cependant un ganglion juxta-aortique.

La T. A. est de 14-8.

Nombreux points douloureux dans l'hémithorax gauche.

L'examen de la région vésiculaire révèle un point douloureux.

Un traitement par le camphosalyl en injection paro-vertébrale amène un grand soulagement.

Bien que seuls des points intercostaux soient notés, la douleur présente des irradiations brachiales:

OBSERVATION N° 5

Mme O...

Depuis trois ans après un accouchement, la malade éprouve souvent des douleurs vives siégeant à la fois au sein gauche et au bras gauche. La douleur du bras gauche est tellement forte que la malade est obligée de saisir son bras gauche avec sa main droite afin de le mobiliser avec beaucoup de précautions. Ces phénomènes douloureux durent deux à trois jours puis disparaissent et reviennent très fréquemment.

La malade, dont l'embonpoint habituel s'est accru ces dernières années, présente une gêne respiratoire d'effort assez marquée.

L'auscultation du cœur ne révèle rien d'anormal.

T. A. : 15-10.

Urée : 0-21.

W. : négatif.

La radioscopie montre que le cœur et l'aorte sont de dimensions normales.

La recherche des points douloureux montre, à gauche, un point d'Erb très vif, un point radial et médian moins vifs.

OBSERVATION N° 6

Mme M..., 36 ans.

En 1923, notre malade souffre du cœur depuis trois ans, c'est-à-dire depuis un accouchement.

Bientôt apparaît de la dyspnée d'escalier.

Pas d'albumine dans les urines.

La T. A. est de 12-7.

L'auscultation ne révèle rien.

En 1926, nouvel accouchement : les troubles s'accroissent.

Février 1928. — Depuis trois semaines, la malade ressent une douleur permanente du sein gauche, accompagnée par moments d'engourdissement du bras gauche.

L'auscultation ne montre aucune lésion cardio-artérielle.

Comme points douloureux on trouve : un point d'Erb très vif à gauche, un point radial et un point médian moins forts.

Une douleur provoquée siège au 3° espace intercostal gauche, du sternum jusqu'en dehors du sein.

Février 1929. — La malade, après la consultation de février 1928 avait été soulagée par le salicylate de soude, l'aspirine.

En octobre 1928, reprise d'un endolorissement permanent sur lequel se greffent deux crises très violentes de douleur pénible du sein et du bras gauches, avec constriction thoracique et sensation de mort imminente. La crise se termine par des bâillements. Dans l'intervalle des crises, la respiration forte ou un mouvement du bras gauche accroissent la douleur et donnent des palpitations.

L'examen révèle de forts points douloureux d'Erb et radial à gauche.

Le traitement radiothérapique amène une grande amélioration à partir de la 9° séance. Les séances sont pratiquées à raison de

trois par semaine. Toutefois, il persiste un léger endolorissement, les points d'Erb et radial sont encore douloureux.

OBSERVATION N° 7

Mme F...

Notre malade ne présente rien de grave dans ses antécédents, en dehors d'un grand surmenage physique et moral.

Février 1928. — Depuis huit mois environ, elle présentait quelques phénomènes cardiaques, surtout des palpitations. Au cours d'un voyage à Berek, où elle va voir son fils malade, elle est prise d'une douleur précordiale et brachiale qui s'accompagne de renvois gazeux.

La douleur du bras est permanente et sourde, elle s'accompagne d'un léger engourdissement des doigts. La main ne peut soutenir un objet. De temps à autre, une douleur aiguë traverse le sein gauche et s'accompagne d'une sensation de constriction.

La douleur gagne parfois l'épaule gauche, le cou et la joue gauche.

Un médecin fait le diagnostic de lésion aortique, prescrit de la digitaline et du rhodazil et déclare qu'elle ne peut supporter le voyage de Berek à Paris.

La malade rentre cependant à Paris où elle cesse le traitement cardiotonique qui lui paraît aggraver son état.

Aucune nouvelle crise jusqu'en août 1928.

Août 1928. — Nouvelle crise plus forte qui s'accompagne d'une barre transversale de la poitrine. Les renvois gazeux sont plus nombreux.

Examen. — Appareil respiratoire : Rien à l'auscultation ; T. A. 13-7 ; Ind. Osc. 5.

Radioscopie : Cœur de volume normal, aorte normale, grosse aéro-gastro-colie.

Points douloureux : Point d'Erb très vif, provoque une grimace ; point douloureux deltoïdien.

Examen somatique normal ; un peu d'arthrite sèche des genoux.

Dans cette observation, la crise angineuse relève nettement de la névralgie et elle nous montre que le tableau clinique est cependant assez sombre pour interdire un voyage relativement peu important.

OBSERVATION N° 8

Mlle C..., 28 ans.

Juin 1928. — Depuis cinq ou six ans la malade a constaté quelques irrégularités dans son pouls.

Depuis quatre ans, elle a eu plusieurs deuils dans sa famille et a ressenti de temps à autre une vive douleur médio-sternale passagère.

Vers janvier 1928, après une contrariété, elle est prise d'une violente douleur occupant la moitié inférieure, antérieure et gauche du thorax. Cette douleur dure toute la nuit et persiste ensuite sous la forme d'un endolorissement presque permanent. Tout récemment elle remarque que la marche accentue beaucoup la douleur qui devient vive, s'accompagne momentanément de constriction thoracique et oblige la malade à ralentir la marche.

Certains jours, la douleur siège seulement dans le bras gauche, certains autres elle est purement thoracique, d'autres fois, elle est à la fois thoracique et brachiale. Tous les phénomènes douloureux (endolorissement avec exacerbations) sont à peu près les mêmes depuis 6 mois.

L'examen cardiologique montre un dédoublement inconstant du 2^e bruit :

T. A. = $12 \frac{1}{2}$ — 6. Indice oscil. = 5

L'examen des autres appareils est négatif.

Points douloureux au 5^e espace intercostal gauche, en dedans du sein gauche, au même point où la douleur a son intensité maxima.

La malade paraît ne présenter qu'une névralgie intercostale, puis on ne trouve aucun point douloureux sur les branches du plexus cervical et cependant la sensation douloureuse irradie nettement dans le bras.

GROUPE II

OBSERVATION N° 9

M. P..., 53 ans.

1928. — Depuis 18 mois le malade ressent fréquemment une douleur au sein gauche qui dure sans arrêt un ou deux jours, puis disparaît pour revenir.

Elle s'exagère un peu à l'effort ou sous l'influence de l'émotion. Il y a 3 ans, il s'était fait opérer d'hémorroïdes dont il souffrait. Quatre jours après l'opération, le malade avait ressenti des fourmillements dans le bras gauche avec sensation de bracelet au poignet. Cette constriction du poignet se fait souvent sentir depuis lors et parfois s'accompagne d'une douleur aiguë remontant jusqu'au coude.

Dans les antécédents, un frère épileptique et son père paralysé à 54 ans peuvent faire penser à l'hérédo-syphilis.

L'examen ne révèle aucune lésion cardio-artérielle :

T. A. = 15-9 — W = négatif

La radisocopie cardio-aortique donne des résultats sensiblement normaux.

La recherche des points douloureux, montre des points nets :

point d'Erb. — médian — radial et un point intercostal du 4^e espace.

OBSERVATION N° 10

M. N..., 55 ans.

C'est un malade soigné pour angor depuis un an.

Il n'y a pas de syphilis connue, mais à 20 ans, le malade a présenté une céphalée violente qui a été améliorée par une poudre mercurielle prescrite par un médecin homéopathe.

Depuis un an le malade souffre d'une douleur permanente au-dessus du sein gauche qui s'accroît parfois spontanément au repos, mais devient forte dans la marche et oblige le malade à l'arrêt.

La nuit, la crise est courte et ne dure que deux ou trois minutes.

Depuis 8 mois, le malade éprouve de violentes crises douloureuses dans l'épaule et le bras gauches; elles surviennent soit sans raison, soit dans les mouvements du bras gauche. Un mouvement maladroit du bras gauche, lui a parfois provoqué une douleur terrible gagnant le sein gauche.

L'examen ne montre aucune lésion cardio-aortique.

T. A. : 18-9.

Comme point douloureux, seul un point d'Erb. très vif.

Dans cette observation, le malade souligne assez clairement que c'est le mouvement du bras qui déclenche la crise douloureuse. L'effort par lui-même ne semble pas jouer un rôle. Mais cet homme de 51 ans, ayant eu peut-être la syphilis, avec une tension artérielle légèrement élevée, présentant des crises douloureuses influencées par la marche, éveille assez bien l'idée de lésion cardio-artérielle.

OBSERVATION N° 11

M^{me} C..., 51 ans.

La malade se plaint depuis 7 mois d'un point douloureux sous le sein gauche au niveau de la pointe du cœur.

La douleur survient les jours où la malade est fatiguée sans cause apparente.

Cette douleur aujourd'hui, s'accompagne d'une douleur dans le bras et parfois d'une légère constriction du thorax et d'une légère angoisse.

Les douleurs ne sont jamais déclenchées par la marche et l'effort.

Examen cardiaque normal.

T. A. : 18-9.

Douleur nette au point d'Erb, et aux 5°, 6°, 7° et 8° espaces intercostaux.

OBSERVATION N° 12

M^{me} S..., 40 ans.

1925. — Depuis un an, la malade se plaint d'un point douloureux au-dessus et en dedans du sein gauche. Ce point la saisit à coup sûr en montant un escalier et l'oblige à s'arrêter. La douleur irradie dans le bras gauche, jusqu'à l'index gauche.

Elle s'accompagne de constriction de la gorge.

La nuit elle n'a eu que de petites douleurs.

Ces troubles sont surtout importants depuis la mort de son mari (ictus chez un hypertendu). Rien dans les antécédents. La malade est rhumatisante. W : négatif.

L'examen cardiaque est négatif. Point d'Erb. très vif.

OBSERVATION N° 13

Mme C..., 43 ans.

Février 1928. — Crises du type athsme depuis l'âge de 15 ans.

Hypotension constatée il y a plusieurs mois. A la suite d'une crise d'anurie, elle présente de l'albumine et est mise au régime.

Depuis cinq ans elle éprouve de petits pincements douloureux du cœur, avec une toux coqueluchoïde et à tout cela s'ajoute une dépression générale intense.

Après soulagement, une émotion amène une crise, au cours de laquelle une douleur médio-sternale irradiant au bras gauche la tient pendant deux heures. La poitrine est serrée, elle étouffe et a une sensation de froid général.

Une nouvelle crise a lieu vers 3 heures du matin avec un pouls d'abord imperceptible, puis rapide et irrégulier. Ensuite, il persiste un endolorissement précordial et brachial. La malade a l'impression nette que si elle remuait beaucoup le bras gauche la crise reprendrait.

Rien de particulier dans les antécédents personnels.

L'examen cardiaque est négatif : T. A., 10 $\frac{1}{2}$; Indice oscill., 3 $\frac{1}{2}$; Point d'Erb et médian nets.

OBSERVATION N° 14

Mme D..., 54 ans.

Cette malade, que nous avons soignée pour des troubles cardiaques faisant penser à une insuffisance myocardiaque, en 1924, revient nous consulter en 1926 parce qu'elle craint d'avoir une angine de poitrine.

Elle vient d'être prise, en effet, d'une douleur forte qui part de la nuque et descend dans tout le bras gauche. La douleur s'exagère dans les mouvements de la tête.

L'examen du cœur ne révèle aucun signe nouveau ; bruits un peu faibles, mais perçus à travers un très gros sein. Maxima, 13 ; Minima, 8.

Il existe un point d'Erb très accusé, de même le point médian est très marqué. Les mouvements du bras gauche provoquent de la douleur.

OBSERVATION N° 15

Mlle B..., 50 ans.

28 janvier 1927. — Les troubles ont débuté, il y a deux ans, par des vertiges et une légère dyspnée.

L'examen montre à cette époque un léger souffle systolique aortique. Une tension artérielle de 16-9.

W. : négatif ; Urée sanguine : 0,65.

Un orthodiagramme montre un cœur de dimensions à peu près normales et une aorte descendante visible en position oblique. Son calibre est de 3 en O. A. D. et 2,9 en O. A. G.

En résumé, légère sclérose aortique et rénale.

Juillet 1928. — Depuis fin février, la malade ressent une douleur dans le sein gauche, avec engourdissement du bras gauche et fourmillements. Le repos n'améliore pas cet état, mais la fatigue exacerbe une douleur presque permanente.

La palpation est très douloureuse dans tous les espaces intercostaux, mais douloureux à faire crier. D'autres points sont nets mais plus légers : point d'Erb, radial, médian à gauche, très légers à droite.

Malgré ces signes nets de névralgies intercostales et brachiales, la malade, en raison de la coexistence d'une aortite, avait été considérée comme ayant une angine de poitrine grave, à Washington. Une amélioration se fait nettement sentir après une cure hydrominérale à Aix-les-Bains et après ingestion de soufre colloïdal.

Il semble donc que les phénomènes douloureux, type angor, soient imputables à la névralgie thoraco-brachiale.

OBSERVATION N° 16

M. D..., 51 ans.

Le malade présente des étouffements depuis six mois environ, il ne peut monter un escalier, ni marcher rapidement.

Certaines crises de dyspnée apparaissent la nuit. Depuis trois mois environ, quelquefois pendant la marche, plus souvent au moment d'un effort du bras, le malade a des crises présentant les caractères suivants :

Douleur en striction ou en coup de poignard de la poitrine, irradiations à la face interne du bras gauche. Le malade présente en outre quelques vertiges et céphalées.

Examen. — Examen cardiaque normal.

Points douloureux : Point d'Erb ; Point du trapèze.

Les troubles dyspnéiques avec crises nocturnes paraissent dus à un état emphysémateux important avec bronchites chroniques.

Quant aux sensations douloureuses, elles deviennent très nettes lorsque le malade tente d'écarter le bras du corps d'un angle important.

OBSERVATION N° 17

Mme R...

Souffre depuis 18 mois de sensations douloureuses dans la région précordiale. Ces douleurs se répètent plutôt la nuit, mais également dans le jour, sous l'influence d'un effort.

Une grossesse n'aggrave pas les symptômes. Cette douleur est

précordiale, s'accompagne d'irradiations dans le bras gauche. Une crise a été particulièrement violente avec angoisse.

Examen. — Ponts douloureux du 3^e espace intercostal gauche. A ce niveau on sent un petit noyau de la grosseur d'une lentille, douloureuse lorsqu'on la fait rouler sous le doigt.

Cœur absolument normal à l'auscultation, à la radioscopie, à l'électrocardiogramme.

Dans cette observation, la névralgie ne semble pas être rhumatismale, mais due à cette nodosité du 3^e espace intercostal.

OBSERVATION N° 18

M. D..., 53 ans.

Mars 1928. — Le malade ressent une sensation de constriction un peu douloureuse médio-sternale, irradiée parfois dans le bras. Cette sensation dure une demi-heure et survient n'importe quand. Cette sensation douloureuse a duré une fois 24 heures. Elle ne s'accentue pas dans la marche.

Aucune douleur aux mouvements spontanés du bras.

Légère dyspnée d'effort. Palpitations. Le matin céphalées.

Examen. — Appareil circulatoire : Cœur, rien à l'auscultation ; T. A., 17-9 ; Ind. osc., 9.

Orthodiagramme : Aorte, 28 ; Bord inf., 12-8 ; D D', un peu convexe ; A D P, 32.

Electrocardiogramme : normal.

Tube digestif : digestions lentes, renvois gazeux.

Points douloureux : Médian, radial, Erb, 3^e espace intercostal sur la ligne mamelonnaire gauche.

OBSERVATION N° 19

M. B..., 45 ans.

Le malade a fait un lumbago en 1918. En 1919, un an après, le malade ressent une douleur dans la région du sein gauche, qui, sans être permanente, est très persistante, durant plusieurs heu-

res ou même 24 ou 48 heures sans arrêt, puis disparaissant et se reproduisant. La marche accentue la douleur. Puis tout disparaît.

En avril 1928. — La même douleur réapparaît, persiste, à peu près permanente depuis un mois. La respiration forte, la toux, la marche accentuent la douleur.

Se basant sur un examen radioscopique qui révèle un cœur gros, son médecin fait le diagnostic d'angor pectoris. Un traitement par l'iodure de sodium n'amène aucune amélioration.

Examen. — Appareil circulatoire : L'auscultation est négative ; T. A., 16-8 ; Ind. osc., 7.

Les autres appareils ne présentent rien d'anormal. La recherche des points douloureux révèle une douleur provoquée siégeant aux 3° et 4° espaces intercostaux en avant.

GROUPE III

OBSERVATION N° 20

Mme R..., 29 ans.

Cette malade est adressée avec la mention suivante de son médecin : « Malade qui souffre depuis 6 mois environ de douleurs angineuses subintrantes et de céphalées violentes ».

La malade se plaint en effet de phénomènes douloureux touchant la région occipitale, la nuque, la région cervicale antérieure, la région frontale, et surtout de douleurs siégeant dans la région précordiale. Ces douleurs s'exagèrent à la marche.

Antécédents : rien de spécial en dehors d'une crise de rhumatismes articulaires aigus à 16 ans.

Appareil circulatoire : Auscultation, bruits normaux sans extra-systoles ; T. A., 12-7 ; Indice oscil., 5 ; B. W., négative.

Points douloureux : Point Phrénique, point d'Erb, point sur la ligne mamelonnaire 4° espace, point douloureux du bras à la bifurcation radiale.

OBSERVATION N° 21

Mme S...

2 mars 1928. — Il y a 4 ans la malade ressent une douleur sous le sein gauche, irradiant dans le bras gauche, avec sensation d'engourdissement. Cette sensation reste permanente pendant plusieurs jours. Puis, après plusieurs semaines de calme, ce phénomène se reproduit. Parfois les douleurs sont très vives, occupent tout l'hémithorax gauche et gagne le cou gauche et la face gauche.

Il y a 30 jours, la malade fait une angine bilatérale. Quinze jours après, recrudescence des douleurs et palpitations. A deux reprises dans la nuit la malade est prise d'une sensation d'étouffement l'obligeant à s'asseoir dans son lit.

Depuis quelques jours, quelques extra-systoles, les douleurs ont disparu mais la sensation d'oppression persiste fréquente.

L'examen cardiaque est entièrement négatif. T. A. : 13-7.

La recherche des points douloureux montre un point douloureux huméral au dessus du pli du coude, et un point d'Erb assez intense.

La malade précise qu'elle souffre surtout du bord interne du bras.

Cette amygdalite bilatérale amenant une recrudescence des symptômes nous paraît souligner l'origine rhumatismale du syndrome.

OBSERVATION N° 22

Mme de L...

Février 1928. — Depuis juillet 1927, la douleur siège à l'extrémité interne du premier espace intercostal droit, et gagne peu à peu la moitié droite du thorax, entraînant un peu de sensibilité du bras droit.

Cette douleur est permanente mais légère et sourde. La malade évite de mobiliser brutalement son bras droit.

Pendant les paroxysmes la douleur est très violente, le thorax est serré d'avant en arrière, l'effort provoque les crises douloureuses, qui sont de type angineux, dit le médecin distingué qui adresse la malade.

Antécédents. — Insuffisance rénale au cours d'une première grossesse, nécessite l'avortement au troisième mois.

Une deuxième grossesse est menée à terme grâce à une cure à Vittel et un régime sévère.

Examen. — Appareil circulatoire : Cœur, auscultation normale ; T. A., 14-9 ; Ind. osc., 2 ½.

Orthodiagramme : Cœur et aorte de dimensions normales.

Urines, ni albumine ni sucre.

Points douloureux à droite seulement, point radial vif, point d'Erb très vif, point latéro-vertébral droit léger.

Cette observation présente surtout un intérêt dans ce fait que la névralgie siège à droite, mais provoque cependant une crise angineuse. Ce cas est très rare.

OBSERVATION N° 23

Mme M...

23 novembre 1928. — Notre malade a été soignée il y a 15 ans pour des troubles nerveux importants, gardant le lit pendant 4 mois.

Il y a 3 ans elle a subi un très gros choc moral — de ce moment date la première apparition des troubles dont elle se plaint.

Après une longue accalmie, ces troubles sont revenus il y a 2 mois.

La malade dit que la main gauche est toujours plus froide que la droite, en outre, pendant trois jours, le bras gauche a été engourdi, avec sensation de froid.

Elle est obligée de le tremper dans l'eau chaude pour le réchauffer.

Mais ce qui l'inquiète surtout, c'est que pendant la marche elle éprouve une douleur de tout le bras gauche. Il lui faut s'ar-

rêter, saisie d'une sorte d'angoisse indéfinissable, ou parfois seulement avec une sensation de constriction thoracique.

Pas de sensation douloureuse précordiale, tout au plus douleur près de l'épaule gauche, sous la clavicule.

L'examen cardiaque révèle quelques rares extra-systoles, aucune lésion organique. T. A. : 16-9.

La recherche des points douloureux montre un point radial assez net, un point médian léger, un point d'Erb assez net qui répond dans tout le bras.

Aucune lésion des autres appareils.

Les réflexes se montrent très vifs et amples.

Traitement par la radiothérapie.

Dans cette observation, les troubles provoqués par la marche sont intéressants à noter, ainsi que les troubles circulatoires.

OBSERVATION N° 24

M. P..., 47 ans.

31 décembre 1927. — Depuis quatre ans et demi le malade ressent une douleur ou un picotement douloureux à gauche de la base du cou, irradiant dans l'épaule gauche, surtout le soir et le matin.

Depuis trois ans et demi la douleur siège surtout à l'épaule et aux deux derniers doigts du côté gauche. Elle dure presque tout le temps, s'accroît au moindre mouvement. Des crises fortes ont lieu sans mouvement. Le traitement par iode, sédatifs nerveux tels que jusquiame, paniflore n'amène aucun résultat.

Le malade craint l'angine de poitrine, car la douleur passe en avant du cœur.

La montée des escaliers donne quelques palpitations et un peu de dyspnée d'effort.

La marche ne provoque pas de crises.

Le malade, qui fumait beaucoup, ne fume presque plus. Cela amène une diminution des vertiges légers, dont il se plaignait

après le repas de midi. Les digestions sont lentes et difficiles, sensation de gonflement gastrique.

L'examen ne révèle aucune lésion cardiaque. La tension artérielle est de 15-8.

La recherche des points douloureux névralgiques montre un point d'Erb net et un point à la bifurcation humérale ; en outre, un point au 3^e espace intercostal, en avant, vers le milieu de l'espace.

Détail intéressant, les sédatifs nerveux généraux n'ont amené aucune amélioration.

OBSERVATION N° 25

M. B.

Notre malade a toujours présenté des palpitations et de la dyspnée d'effort.

A signaler encore dans les antécédents deux grossesses, la première ayant donné lieu à une crise éclamptique, la seconde a été menée à bien.

Durant les grossesses aucune accentuation des phénomènes subjectifs cardiaques.

3 janvier 1928. — A cette date débute la crise qui nous intéresse.

C'est d'abord une forte douleur dans l'épaule gauche, qui prend bientôt tout le membre supérieur gauche, la main est engourdie. Après 24 heures, il s'ajoute une gêne respiratoire importante et une douleur sous le rebord costal gauche.

Cet état dure 5 jours et 5 nuits, empêchant tout sommeil, compliqué de faiblesse et de lipothymie.

La malade garde le repos au lit pendant 14 jours.

Examen. — Appareil circulatoire : Rien à l'auscultation, cœur régulier ; T. A., 12 $\frac{1}{2}$ -7 aux deux bras.

Les autres appareils ne présentent rien d'anormal.

Points douloureux. — Tout le 6^e espace intercostal gauche, depuis l'extrémité antérieure jusqu'à la ligne axillaire, est douloureux.

Points douloureux à gauche, tout contre la proéminence de la dernière vertèbre cervicale.

Point d'Erb ; Point radial.

A droite on ne trouve aucun point douloureux.

OBSERVATION N° 26

M. R...

18 mai 1918. — Il a éprouvé pendant 15 jours, en janvier, une douleur permanente au dessus du sein gauche, les deux premiers jours la douleur était si forte qu'il est resté absolument immobile, ne pouvant même pas remuer les mains. Depuis cette période dans les efforts, même minimes, le cœur bat fort et en même temps il a pendant quelques secondes, un quart d'heure ou une demi-heure, une sensation de barre thoracique sans irradiation brachiale. Cela ne l'arrête pas, mais lui fait ralentir la marche.

Examen cardiaque négatif.

Points douloureux 2, 3, 4^e espaces intercostaux ; Point d'Erb, médian radial nets à gauche ; Points juxta-vertébraux à gauche ; Quelques extra-systoles ; T. A., 15-7 ; Ind. osc., 7.

Malade impressionnable.

Une radioscopie aurait montré que le cœur est un peu gros.

Ce malade bien que présentant une névralgie thoraco-brachiale ne présente pas d'irradiation de la douleur dans le bras.

OBSERVATION N° 27

M. R..., 37 ans, chauffeur d'auto.

Consulte pour des douleurs de l'hémithorax gauche datant de quatre ans.

Début : le matin, à l'occasion d'un mouvement en tournant la tête, il éprouve une douleur à l'épaule gauche, à l'espace interscapulo-vertébral, à l'aisselle gauche, à la région précordiale.

Cette douleur persiste quatre mois avec des accalmies et des

recrudescences lors de la toux et des mouvements. Le siège de la douleur était précisément les 3^e cartilages costaux droit et gauche, qui présentent une légère hypertrophie.

Cette douleur était favorablement influencée par l'aspirine et les pointes de feu.

Pendant deux ans, le malade tolère cette douleur. Cet hiver les phénomènes douloureux augmentent et prennent un caractère plus précis.

La douleur débute brusquement, souvent sans cause appréciable, parfois à l'occasion de la marche. Elle débute en avant du cœur, irradie à l'épaule gauche, à l'espace inter-scapulo-vertébral, au bas du thorax et surtout à la face interne du bras jusqu'au coude. « La poitrine lui semble prise dans un étau ». Tendance à la syncope.

La douleur dure avec toute son intensité une heure environ, puis se localise à l'hémithorax gauche et y persiste atténuée.

Antécédents. — Une crise de sciatique, il y a un an.

Examen physique. — Appareil circulatoire : Auscultation, rien d'anormal ; T. A., 12-6 ; Ind. osc., 4, pas de différence au bras droit et au bras gauche.

Electro-cardiogramme normal ; Radiothérapie ; W. négatif.

Points douloureux. — Pas de points douloureux nets, ni sus-claviculaire, ni sur le trajet des nerfs du bras ; léger point douloureux à l'extrémité interne des 2^e, 3^e, 4^e cartilages costaux.

La présence de la névralgie, longtemps avant la crise angineuse, est ici nettement accusée.

OBSERVATION N° 28

Mme J..., 64 ans.

Novembre 1926. — Depuis avril la malade ressent une douleur sus-claviculaire gauche irradiant à l'épaule pendant les mouvements du cou ou du bras.

Parfois douleur spontanée violente ou deltoïde.

Pas de dyspnée nocturne, mais quelques palpitations.

Antécédents. — Deux interventions pour cholécystite.

Examen. — Appareil circulatoire : Cœur, rien à l'auscultation ; T. A., 20-9.

Radio : Aorte légèrement dilatée ; V. C. un peu gros ; Urines normales ; Urée, 0.32 ; W. négatif.

Points douloureux légers ; Erb et radial plus nets.

OBSERVATION N° 29

M. F... M..., 32 ans.

21 octobre 1929. — Le malade, qui a fait des excès de tabac, a ressenti, il y a 7 à 8 ans, des sortes de points douloureux précordiaux avec irradiations brachiales pendant 2 à 3 jours.

Il y a 4 ans, nouveaux points douloureux précordiaux. Il supprime le tabac mais, 18 mois après, les mêmes phénomènes se reproduisent. Un médecin dit que le cœur est normal.

Il y a un an, les mêmes points se reproduisent.

Depuis deux mois, ces périodes douloureuses se reproduisent souvent, la douleur reste même permanente, passant par des phases de diminution et d'exacerbation. L'émotion et l'effort accentuent la douleur.

L'examen ne montre aucune lésion cardiaque. T. A., 14-8.

Un point douloureux net dans le 4^e espace sur la ligne mamelonnaire.

OBSERVATION N° 30

Mme M..., 40 ans.

4 juillet 1929. — En 1917 la malade a eu une crise de gêne respiratoire avec pincement douloureux au dessous du sein.

La même crise s'est reproduite une fois depuis.

Mais depuis 18 mois des crises fréquentes se produisent.

Sur un fond douloureux permanent de la partie inférieure du thorax, à gauche, se greffe soit un simple pincement au-dessous du sein gauche, soit de fortes crises pendant lesquelles la malade ne peut respirer à fond, avec tendance à la syncope.

L'examen cardiaque est complètement négatif ; T. A., 13-7 $\frac{1}{2}$.

Point douloureux à l'extrémité interne du 7^e espace intercostal gauche.

OBSERVATION N° 31

M. L..., 39 ans.

11 mai 1927. — Notre malade a fait deux gripes cet hiver, il s'est mal soigné, car le travail était intense.

Depuis lors il ressent une sorte de gêne à peine douloureuse au-dessus du sein gauche. A cet endroit la pression détermine une douleur et de la toux.

Pas d'irradiation brachiale gauche. Depuis quelques années les chevilles gonflent un peu l'après-midi. Il faut dire que le malade est très gros, il pèse 95 kilos.

Un soir, il monte très vite les escaliers du métro et de la gare Saint-Lazare ; il est très essoufflé et garde une gêne douloureuse de la région précordiale.

L'examen cardiaque ne révèle rien. Plusieurs points douloureux des 1^{er} et 2^e espaces intercostaux gauches.

OBSERVATION N° 32

M. M..., 48 ans.

Souffre de douleur de la région précordiale et de suffocation.

Ces troubles remontent à environ 10 ans, plus discrets à cette époque. Le malade a cependant noté que, pendant la guerre, la bretelle de son fusil lui provoquait une douleur de l'épaule.

Accidents. — Plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu.

Actuellement, les douleurs du thorax surviennent à l'occasion d'un effort en portant un paquet avec le bras gauche. Elles siègent à la pointe du cœur, et irradient vers le rebord costal et la clavicule gauche. C'est une sensation de constriction intense, constriction non du thorax, mais seulement de la pointe du cœur.

Examen physique. — Appareil circulatoire : Auscultation ne révèle aucun bruit anormal ; T. A., 13-7 ; Ind. osc., 5.

Radioscopie : Aspect normal, angle de disparition de la pointe normal.

Orthodiagramme : D' — 6=10 ; D — 6'=13 ; D' — B'=11.

Points douloureux : Pas de points douloureux au niveau du plexus brachial. Point douloureux en dedans du mamelon.

Il est à remarquer que seul l'effort du bras malade provoque la crise.

OBSERVATION N° 33

Mlle M..., fille de salle, 26 ans.

La malade vient consulter pour points douloureux de la région précordiale, essoufflement à l'effort, palpitations.

Début, il y a 6 ans, par une douleur précordiale, douleur permanente, qui s'exagère à l'effort, comparable à une brûlure.

Depuis une dizaine de jours environ, crises survenant la nuit ; la crise se passe ainsi : douleur violente au dessus du sein, qui irradie dans le bras à la face interne et gagne le 5° doigt. A cette douleur s'ajoute de la sensation d'angoisse ; des palpitations, en crises qui débutent brusquement et s'arrêtent brusquement, sueurs chaudes et froides. Pendant la crise la malade cherche sa respiration, s'agite, se lève.

Après la crise, le bras gauche reste engourdi et maladroit parfois pour prendre des objets.

Examen physique. — Appareil circulatoire : Bruits normaux ; T. A., 14 $\frac{1}{2}$ -9. Electro-cardiogramme normal.

Points douloureux : Douleurs sur la ligne mamelonnaire ; légère dans le 3° espace ; forte dans le 4° espace.

Point douloureux sus-claviculaire interne à gauche très fort.

Douleur de la région inter-scapulo-vertébrale.

Il y a 12 mois, syphilis secondaire nette, traitée par deux séries de novar intra-veineux, une série de bismuth, une série d'acétylarsan.

W. positif.

Sept mois après, à la suite d'une série de 13 piqûres d'acétylarsan, le point douloureux de la région précordiale persiste. La malade se plaint de douleurs intercostales droites.

L'élément nerveux général semble dominer l'histoire clinique.

OBSERVATION N° 34

Mme P..., 39 ans.

Se plaint de crises douloureuses, surtout nocturnes. Depuis 5 à 6 ans la malade a présenté une douzaine de crises environ.

La dernière crise date de 8 jours. Au milieu de la nuit, la malade est prise d'une douleur dans la région au dessus du sein.

La douleur irradie le long du bras gauche. C'est une sensation de pesanteur, de tiraillement qui dure 4 minutes environ et laisse une sensation d'endolorissement du bras gauche.

Une seule crise est survenue en marchant. La malade se plaint en outre de torticolis.

Antécédents : Rien de particulier.

Appareil circulatoire : Auscultation, bruits normaux ; T. A., 13-8 ; Ind. osc., 6.

Points douloureux : Erb à gauche, point médian radial, pas de point thoracique.

OBSERVATION N° 35

M. B..., 45 ans.

24 juin 1927. — Depuis deux à trois mois, le malade se plaint de points douloureux variables de l'hémithorax gauche, c'est plutôt une sensation de gêne qu'une douleur.

Cette sensation n'interrompt pas l'effort.

Pas de dyspnée d'effort.

L'examen ne montre aucune lésion cardiaque ; T. A., 13 ½-8.

Aucun point douloureux net, légers points intercostaux et brachiaux. Léger point d'Erb.

OBSERVATION N° 35

Mme H..., 45 ans.

Janvier 1917. — Depuis un an, douleur au dessus du sein gauche. La poitrine est « prise dans un étau ». Cette douleur ia prend sans raison, cependant la marche entraîne des palpitations et un peu de gêne respiratoire.

Cette sensation reste permanente, mais légère, avec des crises plus fortes.

Antécédents. — Il faut noter une ablation d'un ovaire et de l'utérus, datant de 5 ans et qui a été suivie de nervosité et de bouffées de chaleur.

Examen. — Cœur régulier, normal ; T. A., 12 $\frac{1}{2}$ -7 ; Ind. osc., 6.

Pas de lésions cliniques des autres appareils.

Points douloureux : Points douloureux du 3^e au 5^e espace intercostal en arrière, points douloureux inter-scapulo-vertébral ; point d'Erb.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

DE L'ANGINE DE POITRINE SYMPTOMATIQUE DES NEVRALGIES THORACO-BRACHIALES GAUCHES

Après la lecture de ces observations, nous allons faire leur étude. Le plan que nous suivrons, est celui-là même que l'on a coutume de donner à toute observation ou examen de malade.

Le nombre des observations que nous avons retenues est inférieur à celui que notre maître LIAN a été à même d'observer ; mais déjà par lui-même, 35 cas en moins de quatre ans, il montre que les cas d'angine de poitrine compliquant les névralgies thoraco-brachiales, sont relativement fréquents. Beaucoup plus que ne le laissent penser la plupart des auteurs.

Chez ces malades, qui sont avant tout des névralgiques, le syndrome cardiaque est au premier plan. Tous sont venus consulter « pour le cœur » et plus de neuf fois, le diagnostic d'angine de poitrine d'origine cardio-artérielle avait été porté.

Dès le début, nous expliquerons ce titre de « névralgise thoraco-brachiales gauches ». La première idée de

ce travail, avait été de séparer les névralgies intercostales des névralgies du plexus brachial. L'observation clinique nous a montré que c'était là une erreur. Le même malade présente le plus souvent à la fois des points brachiaux et des points thoraciques. L'élément du plexus brachial, ou l'élément intercostal prédomine selon les cas, voir même selon les jours.

SEXE. — L'examen même rapide des observations, montre que le plus grand nombre de nos malades, exactement 21 sur 35, sont du sexe féminin.

Nous sommes ici en harmonie avec les conclusions de la plupart des auteurs.

Cependant, le syndrome peut être fréquent chez l'homme. Les observations de POTAIN, faites sur des militaires ayant eu une blessure du bras gauche, le montrent. D'autre part, les auteurs, H. ROGER, F. RAMOND et J. DURAND indiquent une fréquence plus grande des névralgies chez la femme au voisinage de la ménopause.

Ce facteur pourrait à lui seul, expliquer la majorité féminine de nos observations. Nous verrons en étudiant la pathogénie de ces troubles, qu'il n'est pas le seul.

AGE. — L'âge de nos malades, est à vrai dire, assez variable, d'une manière générale il oscille entre 35 et 45 ans. Nous sommes ici en désaccord avec la plupart des auteurs qui attribuent ces troubles aux malades nettement plus jeunes que ne le sont les cardio-artériels.

ANTÉCÉDENTS. — Les antécédents héréditaires de nos malades sont d'apparence banale ; il en est de même des

antécédents personnels bien que la syphilis et le rhumatisme articulaire aigu soient notés.

Nos malades ne présentent pas d'antécédents cardiaques précis.

Un point nous paraît cependant intéressant à noter : nos malades sont fréquemment des surmenés physique ou moral. L'élément douloureux se retrouve avec une certaine insistance.

PRODROMES DE LA CRISE. — Il est rare que la crise débute d'une façon brutale et inopinée ; quelques légers prodromes l'ont toujours précédée.

Petites douleurs passagères, pincements, lourdeur, engourdissement, fourmillements dans le membre ou le côté gauche. Parfois, c'est une douleur sourde mais permanente. Tous ces éléments éveillent, dans l'esprit averti, l'idée de névralgie ; mais le malade les place au dernier plan dès qu'il subit le premier assaut d'apparence cardiaque. Il faut les rechercher avec soin.

CAUSE IMMÉDIATE ET MODE D'APPARITION DE LA CRISE. — Dans la plupart des observations, la crise semble naître sans cause immédiate. Elle naît spontanément comme peut le faire une recrudescence névralgique. Le malade est au repos, assis ou même couché.

Mais plusieurs de nos malades ont des crises qui éclatent au moment d'un effort : mouvement, marche.

Ces faits sont contraires à l'opinion classique et méritent une explication.

Tout d'abord, est-ce vraiment l'effort qui produit la

crise ? En apparence, oui : le malade marchait, il est obligé de s'arrêter sous l'influence de la douleur, de la constriction. En réalité, l'effort est souvent très minime, le même malade a présenté des crises spontanées. Il semble que ce soit le mouvement plutôt que l'effort qui produise la crise, en provoquant une recrudescence névralgique. Il est probable que la marche provoque des crises parce qu'elle provoque un tiraillement des racines rachidiennes malades, en partie sous l'influence du poids du membre supérieur.

Notons toutefois, que si les crises provoquées par la marche, le geste, se trouvent ainsi expliquées ; les crises provoquées par l'émotion le sont beaucoup moins.

Quoi qu'il en soit, il est très important au point de vue clinique de noter que les accès angineux d'origine névralgiques peuvent être provoqués par la marche, car c'est là une ressemblance notable avec l'angor d'origine cardio-artérielle.

LA CRISE D'ANGOR. — Si l'on fait exception des prodromes que nous avons signalés plus haut, la crise débute d'une manière subite.

La crise se compose des éléments suivants :

une douleur avec irradiations ;

de la constriction thoracique ;

une sensation indéfinissable mais pénible.

De ces éléments, l'élément douloureux est le plus constant, mais tous subissent des variations que nous allons étudier.

Élément douloureux. — L'intensité de la douleur est

variable soit avec les malades, soit avec la crise chez le même malade. Elle est parfois très vive, exemple notre soldat de l'observation n° 1 qui est obligé de se coucher à terre malgré la pluie ; le plus souvent elle est de moyenne intensité. Les malades font des comparaisons nombreuses ; c'est une torsion, une déchirure, un tiraillement.

Le siège de cette douleur est assez précis chez tous les malades. Le plus souvent elle est précordiale, en avant du sein gauche. Souvent médio ou latéro-sternale gauche dans le 3^e ou 2^e espace intercostal. Plus rarement elle siège à l'épaule, au cou, au bras. Le siège de la douleur est constant chez le même malade.

L'irradiation de cette douleur est générale. Ces irradiations se font le plus souvent à l'épaule et au bras, au poignet donnant une sensation de bracelet comme dans l'observation n° 9, aux doigts. L'irradiation cubitale y est moins fréquente que dans l'angine cardio-artérielle, elle est cependant précise dans l'observation 32.

D'autres irradiations ont lieu vers la nuque, la joue, le front, l'omoplate, le dos. Dans deux cas, nous avons noté une irradiation à l'œsophage, se traduisant par de la dysphagie.

L'élément constrictif. — La constriction de la région cardiaque est fréquemment accusée par nos malades. Le malade se plaint d'être comprimé, serré dans un étai, dans des griffes. Dans l'observation n° 12, le malade se plaint d'être serré à la gorge. Cette constriction étouffe les malades, ils manquent d'air, ne peuvent respirer à fond.

L'élément pénible. — Les sensations pénibles accusées par les malades présentent toutes les variations que peuvent présenter les caractères mêmes des malades. Pour les uns, c'est une sensation de chaleur; pour d'autres, c'est une inquiétude vague. Enfin pour des malades comme ceux des observations 4, 9, 14, 32, c'est une impression de mort imminente très pénible.

Pendant la crise, il est rare comme l'admettent certains auteurs, que le malade s'agite.

Le plus souvent le mouvement exacerbe la douleur, et le malade ne bouge plus et reste inquiet sur son sort. Cette crise s'accompagne de phénomènes secondaires : surtout refroidissement généralisé, sueurs chaudes et froides, lipothymies, parfois syncope totale comme dans l'observation n° 2. Quelques symptômes cardiaques subjectifs s'ajoutent : palpitations, quelquefois des troubles circulatoires.

Durée, terminaison, répétition de la crise. — La durée de la crise est non seulement variable pour chaque malade, mais encore pour chaque crise.

La malade de l'observation 5 en est un exemple, les crises augmentent progressivement de durée à mesure qu'elles se répètent. Cependant, la durée de la crise est plutôt longue si on regarde la persistance de l'élément douloureux, courte si l'on considère l'élément angoisse qui ne se produit guère qu'avec les exacerbations douloureuses.

La *terminaison* se fait rarement d'une manière brusque. L'intensité décroît lentement et la crise s'apaise; mais il persiste toujours un fond douloureux : le même

que nous avions noté au début de la crise, douleur sourde, engourdissement, maladresse. Nous n'avons noté qu'une seule fois une crise urinaire, jamais de crises de larmes, quelquefois des baillements, des renvois.

La *répétition* des crises est la règle. Mais l'intervalle des crises est des plus variable. La crise peut se reproduire dans la même journée, comme dans l'observation 31, ou sept mois après comme dans l'observation n° 7.

Au cours de ces crises, nous n'avons jamais noté ni signes de défaillance ventriculaire, ni mort subite.

CHAPITRE IV

EXAMEN PHYSIQUE DES MALADES AYANT DES CRISES ANGINEUSES DUES A UNE NEVRALGIE THORACO-BRACHIALE GAUCHE

Dans l'examen physique, deux points priment l'examen général :

- 1° La recherche des points douloureux névralgiques ;
- 2° L'examen de l'appareil circulatoire.

Le premier est riche, le second très pauvre.

RECHERCHE DES POINTS DOULOUREUX SUR LE TRAJET DES NERFS

Les signes que nous devons rechercher, sont les signes de la névralgie cervico-brachiale rhumatismale ou « sciatique du bras », dans sa forme traînante ; et les signes de la névralgie intercostale.

Pour la clarté de l'étude, nous séparerons les uns des autres, mais ces signes coexistent chez un même malade pour former la névralgie thoraco-brachiale gauche. Les auteurs qui ont étudié les névralgies du plexus brachial et des premiers nerfs intercostaux, ont noté une grande

imprécision dans les points douloureux. Ces points sont en effet, moins vifs, moins précis que pour les névralgies des autres nerfs. Quelques points ont cependant assez de constance et de précision pour permettre un diagnostic.

Parmi les points décrits par VALLEIX, nous ne décrivons avec détails, que ceux que nous avons rencontrés avec fréquence chez nos malades.

A. — POINTS DE LA NÉVRALGIE DU PLEXUS BRACHIAL. —

Le *Point d'Erb* est le plus fréquent, il est même souvent seul présent. On le rencontre dans 80 % des cas. Le Point d'Erb est situé à la hauteur du tubercule de CHASSAIGNAC, soit un peu en arrière du bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, à 2 cm. du bord supérieur de la clavicule.

On le provoque en enfonçant le pouce immédiatement en arrière du chef claviculaire du sterno-cléido-mastoïdien au-dessus de la clavicule. Il répond à l'union des 5^e et 6^e nerfs cervicaux.

Le *Point radial*, vient par ordre de fréquence immédiatement après, on le trouve dans 60 % des cas.

Il est situé dans la gouttière de torsion, sur le bord externe de l'humérus, au milieu d'une droite qui réunit l'épicondyle à l'insertion humérale du deltoïde.

Le *Point médian*, vient en troisième lieu avec une fréquence de 40 %. Il se trouve en dedans du biceps, au-dessus du pli du coude.

Le *Point vertébral* sur les apophyses des 7^e cervicale et 1^{re} dorsale est déjà moins fréquent. Quant aux points :

axillaire au sommet du creux axillaire, *deltoïdien* à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen du deltoïde, *épitrocléen*, *phrénique*, ils ont été rencontrés mais avec peu de fréquence.

B. — POINTS DE LA NÉVRALGIE INTERCOSTALE. — Ces points présentent une fréquence de plus de 50 %.

Ils peuvent siéger sur tous les nerfs intercostaux, mais ils sont rencontrés particulièrement sur les 3^e, 4^e et 5^e nerfs intercostaux. La pression dans l'espace inter-scapulo vertébral, ou à l'angle de l'omoplate, les détermine souvent, mais ces points sont constants sur la ligne mamelonnaire, c'est-à-dire à 5 cm. du bord gauche du sternum.

Tous ces points thoraciques et brachiaux, sont rarement isolés, ils se trouvent par groupe de deux ou trois, parfois plus, chez un même malade.

L'*Hyperesthésie cutanée* recherchée à la piquûre est souvent associée à ces points.

La constance de ces points douloureux, rend inutile les autres signes de névralgie : Tels que les signes électriques, la recherche des images ostéophytiques par la radiographie et l'hyperalbuminose rachidienne.

A ces signes de névralgies, il nous faut ajouter l'*arthrite sèche de l'épaule*, qui se traduit par une gêne dans les mouvements de l'épaule, par des craquements et un point scapulo-huméral.

EXAMEN DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE. — Il ne donne que des résultats négatifs.

Quelques extrasystoles parfois à l'auscultation. La Tension artérielle ne présente rien de particulier.

La Radioscopie et l'examen clinique ne nous a pas permis chez nos malades, de retrouver l'hypertrophie cardiaque que POTAIN et LASSÈGUE ont notée chez leurs malades.

L'examen des autres appareils n'a rien montré de particulier.

Pour ce qui est du système nerveux, nous avons noté quelquefois de la nervosité, parfois des réflexes vifs ou amples.

CHAPITRE V

FORMES CLINIQUES DES ANGORS PECTORIS COMPLIQUANT LES NEURALGIES THORACO-BRACHIALES GAUCHES

On pourrait selon la forme même de la crise, diviser à l'infini ces formes cliniques. Pratiquement il semble plutôt que seule la variété de névralgie divise véritablement ces formes. D'ailleurs seules les formes étiologiques sont utiles pour diriger la thérapeutique.

a) Forme compliquant la névralgie intercostale pure.

Elle présente moins d'irradiation et semble donner lieu plus fréquemment à des palpitations.

b) Forme compliquant la névralgie du plexus brachial gauche. Elle rentre dans le cadre que nous avons tracé.

c) Forme compliquant les névralgies thoraco-brachiales droites. Elle est rare, nous n'en avons qu'une seule observation.

d) Forme relevant d'une névralgie d'origine rhumatismale : c'est le type décrit.

e) Forme compliquant une névralgie traumatique. C'est le cas décrit par notre maître LIAN dans le traité de

SERGEANT-RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX ; ce sont les cas de WEIR-MITCHELL, de POTAIN, de LASSÈGUE.

f) Forme compliquant une névralgie due à une compression. Nous citerons à ce propos deux observations : une où la compression était médiastinale, vraisemblablement néoplasique ; une où la compression était pariétale thoracique, une petite tumeur du sein gauche.

g) Forme compliquant une névralgie d'origine toxique. Le cas est possible, mais nous n'en avons pas de cas clinique probant.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC DE LA FORME ANGINEUSE DES NEVRALGIES INTERCOSTALES ET BRACHIALES GAUCHES

Pour le diagnostic positif, nous concluons de l'étude précédente que l'angor compliquant les névralgies thoraco-brachiales.

C'est une crise d'angine de poitrine avec tous ses caractères, se greffant sur un fond douloureux, lequel appartient à une névralgie thoraco-brachiale. La présence de signes de névralgie et l'absence de signes cardio-artériels permettent le diagnostic étiologique de la crise.

Schématisée ainsi, la tâche apparaît facile : elle est beaucoup plus ardue.

D'abord certains malades névralgiques présentant des crises d'angor peuvent avoir des lésions cardiaques organiques, lésions qui ne jouent aucun rôle dans l'apparition des crises. Ces dernières cessent en effet par le traitement antinévralgique. Les observations 14, 15 et 16 nous paraissent remplir ces conditions.

D'autres part l'angine de poitrine cardio-artérielle peut

par sa répétition provoquer une arthrite de l'épaule gauche. Nous avons pu lire dans les dossiers de notre maître LIAN, trois observations de ce type dont une s'est terminée par la mort.

Ces observations viennent nettement à l'encontre de l'opinion de TROUSSEAU :

« Les névralgies thoraciques et brachiales se distinguent de celle-ci (de l'angor pectoris) par le siège de la douleur limité au trajet des nerfs malades ».

Elles controuvent également la troisième règle clinique formulée par HUCHARD, ainsi écrite :

« Les douleurs précordiales provoquées par la pression ne sont pas des douleurs d'angine coronarienne ».

En effet, les crises fréquentes et intenses d'angor pectoris d'origine cardio-artérielle peuvent laisser après elles un véritable état névralgique avec points douloureux du plexus brachial ou des nerfs intercostaux.

En conclusion, le diagnostic d'angine de poitrine compliquant une névralgie ne peut être fait que par élimination :

« Ainsi la clef du diagnostic étiologique et du pronostic réside dans la recherche de l'aortite aiguë ou chronique, avec ou sans insuffisance aortique (maladie de HODGSON) de l'artério-sclérose et de l'hypertension artérielle ».

Cette conclusion formulée par notre maître C. LIAN dans le traité de Pathologie de SERGENT-RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX est seule admissible,

Nous allons maintenant examiner de quelle manière il faut procéder à cette discussion.

Nous avons d'une part des signes de probabilité, d'autre part des signes de quasi certitude.

Les signes de probabilité peuvent être tirés de l'examen général de la crise d'angor, et surtout des circonstances d'apparition.

L'âge et le sexe ne peuvent que jouer un rôle épisodique. Les cas d'angor cardio-artériel ne sont pas rares chez la femme et chez des sujets de quarante ans voir de moins.

La durée de la crise, l'angoisse ou la constriction thoracique plus ou moins vives ? Ce sont des signes trop variables avec la psychologie des malades pour qu'ils aient vraiment une valeur scientifique. Il reste cependant le fond névralgique de nos malades, fond sur lequel se greffe la crise.

Tous les prodromes décrits : petites douleurs, élancements, lourdeur, engourdissement, maladresse, permettent d'orienter le diagnostic étiologique.

Tous les promoteurs de la fausse angine de poitrine, en particulier HUCHARD, ont fait tourner le diagnostic autour de ce point : « toute angine de poitrine produite par un effort est une angine coronarienne ».

Nous avons vu au chapitre « Modes de début de la crise » que l'effort et la marche étaient souvent à la base des crises d'angor d'origine névralgique, et nous avons vu comment il était possible d'expliquer ces faits. Nous reconnaissons que dans nos cas, les crises spontanées sont fréquentes, mais n'oublions pas qu'il ne faut sou-

vent qu'un effort minime pour provoquer une crise d'angor chez un cardio-artériel.

Quant aux symptômes secondaires : syncope, sueurs, baillements, éructations, ils sont chose commune au cours des angines d'origine cardio-artérielle.

Malgré la valeur de cette particularité : signes frustes de névralgie précédant l'angor, on ne peut tirer de l'ensemble de la crise qu'un doute sur l'origine cardio-artérielle. L'absence de signes cardiaques recherchés avec le plus grand soin, et avec toutes les méthodes, permet seule d'éliminer cette étiologie.

Les antécédents personnels d'ordre cardiaque peuvent être d'un certain secours ; de même la recherche de la syphilis. Tous les auteurs s'accordent en effet pour considérer que la syphilis joue un rôle important dans la genèse des aortites ; surtout, comme l'ont fait remarquer LIAN et VERNES dans les aortites apparaissant avant la cinquantaine.

Mais il faudra : pratiquer une auscultation minutieuse, mesurer par les orthodiagrammes les dimensions du cœur, de l'aorte ; voir l'opacité, la forme de l'aorte, rechercher l'angle de disparition de la pointe, qui permet de mesurer en position oblique postérieure droite, la profondeur du ventricule gauche. Enfin l'électrocardiographie peut déceler de l'atypie ventriculaire, en particulier certaines altérations de l'accident T qui chez un angineux sont un argument en faveur de l'origine coronarienne.

Pour terminer le diagnostic différentiel, il faudra encore éliminer les autres causes d'angor pectoris : l'estomac des aérophages, la vésicule biliaire, le côlon, le tabès, la maladie de BASEDOW.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

PRONOSTIC. — Le pronostic des crises angineuses compliquant les névralgies intercostales ou brachiales gauches est excellent. Aucun accident n'est survenu dans les observations qui servent de base à notre description.

Cependant une légère réserve est à faire pour les raisons suivantes :

a) Pour tous les angors d'origine réflexe on peut considérer comme une éventualité exceptionnelle, rarissime que le violent ébranlement réflexe du plexus cardiaque puisse aboutir à la mort subite, mais ce ne peut être là qu'une curiosité, tandis que la mort subite dans l'angor d'origine cardio-artérielle est une banalité.

b) On sait que POTAIN considère les névralgies du plexus brachial comme susceptibles de provoquer l'hypertrophie du cœur.

c) Enfin, il faut compter avec des cas mixtes dans lesquels une affection cardio-artérielle peut exister avec une névralgie thoraco-brachiale gauche.

TRAITEMENT. — Sans vouloir nous étendre sur le traitement des névralgies, qui seul est de mise dans l'angine de poitrine d'origine névralgique, nous mentionnerons brièvement les principales prescriptions à mettre en œuvre. Pendant les crises, l'aspirine donne souvent de bons résultats, mais tous les médicaments antinévralgiques (pyramidon, phénacétine) pourront être employés. La trinitrine est susceptible d'intervenir favorablement.

Comme traitement de fonds, le salicylate de soude, le soufre colloïdal sont à recommander.

Il n'est pas rare qu'on soit amené à recourir, à des injections sous-cutanées faites dans un ou plusieurs espaces intercostaux ou au bras gauche, au voisinage des points douloureux. L'air, l'eau distillée, l'acide salicylique, l'iode de sodium, etc., sont susceptibles de donner de bons résultats.

Le massage dans des mains spécialement expertes a eu dans quelques observations les plus heureux effets.

Dans le domaine physiothérapique, il y a lieu de recommander la diathermie, d'autant mieux qu'elle a fourni à LIAN et DESCOUT quelques succès dans le traitement de l'angine de poitrine. Mais le moyen physiothérapique par excellence c'est la radiothérapie. On sait que la radiothérapie des racines rachidiennes donne des résultats remarquables dans les neuralgies. D'autre part, LIAN avec BARRIEU et NEMOURS, ainsi qu'avec MARCHAL, a montré les bons effets qu'on peut attendre de la radiothérapie dans l'angor pectoris même d'origine cardio-artérielle. Dans ces conditions, pour peu que le malade ait des souffrances vraiment pénibles, il y a lieu de

recourir à la radiothérapie qui donne la quasi certitude de le soulager grandement : on pratique la radiothérapie des racines correspondant au siège de la névralgie et on y adjoint des applications radiothérapiques antérieures dirigées dans la région du plexus cardiaque.

D'une façon générale, les bons résultats de ces diverses prescriptions antinévralgiques viennent s'ajouter aux données cliniques pour confirmer le diagnostic d'angine de poitrine d'origine névralgique.

PATHOGÉNIE

Donner une explication des phénomènes que nous venons d'étudier est une tâche très difficile. Nous ne pouvons en effet, que rester dans le domaine des hypothèses.

Après avoir examiné les différentes théories, nous exposerons quelques idées qui se dégagent de ces faits.

LASSÈGUE dans sa thèse explique la douleur par un réflexe qui aurait lieu dans la moëlle cervicale. Ce réflexe en passant de la corne postérieure à la corne antérieure, amène une accélération des battements et une vaso-constriction des vaisseaux du cœur. L'ischémie, entraînée par cette vaso-constriction des vaisseaux, donne lieu à un phénomène semblable à celui de la claudication intermittente.

La gêne circulatoire entraînerait une hypertrophie cardiaque.

Pour POTAIN, la théorie des réflexes telle que l'a décrite VULPIAN lui paraît applicable ici. C'est-à-dire :

« Une irritation périphérique, transmise aux centres nerveux, réfléchi en différents sens et faisant apparaître,

vers la terminaison de différents nerfs centrifuges tout le cortège des symptômes que nous connaissons »

TROUSSEAU appelait cela le retentissement névralgique. POTAIN préfère le nom de névralgie sympathique.

Mais pourquoi ces faits se produisent-ils chez certains et non chez tous ?

« Parce qu'il y a une prédisposition névropathique spéciale. C'est en raison d'une impressionnabilité plus grande du système nerveux ».

Ces théories, sont exactes dans l'ensemble, mais elles ne montrent pas le mécanisme de ce réflexe, ni les circonstances qui le favorisent.

En effet, la théorie du réflexe semble la plus admissible. Elle s'accorde avec la théorie du réflexe viscéro-sensitif soutenue par MACKENZIE pour l'angine de poitrine en général. Mais ici, le réflexe se produit en sens inverse. Une douleur se produisant dans les régions des 8^e cervicale et des 4 premières dorsales, entraîne la crise d'angine de poitrine ; de la même manière que la crise d'angor pectoris entraîne des douleurs dans les régions innervées par ces branches. C'est le même circuit nerveux qui se fait dans le sens sympathique puis rachidien pour l'angor d'origine cardio-artérielle, et dans le sens rachidien puis sympathique pour l'angor d'origine neuralgique.

Anatomiquement, ce circuit est possible, nous montrerons plus loin quelle voie il emprunte.

Physiologiquement, ce circuit réflexe inverse suscite des discussions. Ce même réflexe, se produirait-il, si la voie réflexe était absolument normale ?

Nous n'avons pas d'observation montrant qu'une excitation des nerfs périphériques, excitation unique, et sans état chronique sous-jacent ait déterminé une crise d'angor pectoris.

Les expériences de LERICHE et FONTAINE montrent des crises déclenchées par des excitations directes, mais ces excitations ont lieu sur le sympathique ou le ganglion étoilé. En outre, les observations présentées à l'Académie des Sciences (14 J. 1929), révèlent des malades ayant déjà un fond chronique de souffrance des plexus cardiaques et cervicaux.

L'observation publiée par GUILLAUME (de Spa), observation de zona à éruption tardive, où la névralgie préalable donne lieu à une crise d'angine de poitrine, mérite les mêmes reproches, puisque l'excitation produite par le zona ne siège pas à la périphérie, et que le zona est dû à un virus, lequel a pu modifier le chemin réflexe.

Malgré le manque de fait précis, nous pouvons cependant concevoir qu'une excitation violente déclenche une crise angineuse.

Il est, en effet, banal d'entendre dire d'une grande douleur qu'elle porte au cœur ; elle peut même provoquer une syncope. Cela éveille bien l'idée de la répercussion cardiaque réflexe des fortes douleurs quel qu'en soit le siège. Pareil mécanisme est encore plus facile à concevoir pour les douleurs portant sur les nerfs émanant des racines rachidiennes, en connexion intime par l'intermédiaire des rami-communicantes avec les nerfs sympathiques cardiaques.

Cependant, dans les observations qui nous occupent, les excitations douloureuses sont peu violentes, mais elles sont répétées et c'est là le caractère qui nous paraît important.

Les observations publiées, par LASSÈGUE, par POTAIN, par nous-mêmes, montrent toutes que la souffrance de la voie réflexe a précédé l'apparition des crises angineuses.

POTAIN écrit : « Les troubles cardiaques apparaissent après une longue souffrance ». Pour les cas qui nous intéressent, la névralgie a toujours précédé l'accès angineux, elle s'est répétée, a persisté plus ou moins sourdement.

Il semble que cette répétition et cette permanence de l'élément douloureux amène une susceptibilité des trajets nerveux, puis une *susceptibilité médullaire* et enfin une *hyperexcitabilité algique* du plexus cardiaque.

C'est dans ces conditions, que se produit la souffrance du plexus cardiaque, c'est-à-dire l'angine de poitrine.

Il apparaît en outre, que certains individus, et particulièrement les femmes y sont prédisposés. Il y a un terrain favorable.

POTAIN écrit : « Ces faits se produisent chez certains et non chez tous, parce qu'il y a une disposition névropathique spéciale, c'est en raison d'une impressionnabilité plus grande du système nerveux ».

Nous acceptons volontiers cette idée de « disposition névropathique » à condition de prendre ce mot au sens

où l'entend GRASSET, c'est-à-dire terrain dont le système nerveux viscéral présente un déséquilibre.

Sans doute ces malades sont des hyperémotifs, voir même des cœnesthésiques, mais à la base des troubles qu'ils présentent il y a une véritable cause. Le malade perçoit une douleur du plexus cardiaque qui est peut-être minime, mais qui est véritable ; seulement il perçoit cette douleur avec une sensibilité maxima. Quant au système nerveux viscéral, il paraît bien présenter un certain déséquilibre chez beaucoup de ces malades. Beaucoup d'entre eux présentent des syncopes faciles ou des lipothymies, des bouffées de chaleur, des sueurs chaudes et froides. Un de nos malades présentait de la dysphagie ; la prise de belladone augmente beaucoup cette dysphagie. Un autre malade voit, sous l'influence du gardénal, disparaître les phénomènes angineux sans voir disparaître les névralgies.

Il est possible que cet état d'hyperexcitabilité du circuit nerveux réflexe et du système nerveux général soit engendré par les excitations répétées d'ordre névralgique, mais également par des phénomènes douloureux d'ordre physique et moral. Beaucoup de nos malades ont présenté : des chocs moraux : maladies ou décès dans l'entourage ; des chocs physiques : opérations, coliques hépatiques ou néphrétiques, grossesses.

Nous mentionnerons en terminant, un argument en faveur de notre opinion attribuant l'angor des névralgies thoraco-brachiales gauches au circuit réflexe inverse de celui de l'angor pectoris d'origine cardio-artérielle. Nous avons vu des cas de neuralgie intercostale gauche

dans lesquels survenait de la dysphagie en même temps que des troubles cardiaques. C'est là une indication que l'ébranlement viscéral profond dû à la névralgie rachidienne est susceptible de se propager à plusieurs viscères du même métamère : l'œsophage et le cœur dans le cas particulier.

En ce qui concerne le mécanisme possible des accès angineux nous pouvons présenter une autre hypothèse que le réflexe.

Il est possible que l'accès angineux au cours des névralgies, ne soit dû qu'à la localisation sur le plexus cardiaque d'un virus filtrant qui, cause de la névralgie thoraco-brachiale, serait cause d'une névralgie du plexus cardiaque.

Les exemples d'angor pectoris survenus au cours d'une encéphalite léthargique sont en harmonie avec cette hypothèse. Nous reconnaissons toutefois que cette hypothèse n'explique pas les cas où la névralgie est d'origine traumatique ou d'irritation par cellulite, médiastinite.

L'anatomie montre clairement la voie empruntée par le réflexe. L'excitation suit en sens inverse, le même chemin que F. FRANCK, MACKENZIE ont décrit pour l'angine de poitrine d'origine cardio-artérielle.

Les racines C⁴ et C⁷ collectent les douleurs venues de l'épaule et de la partie latérale du cou, les racines C⁸ à D¹⁴ canalisent les douleurs venues du thorax et du bras et les passent par l'intermédiaire des rami-communiquantes aux ganglions cervical supérieur, cervical moyen,

cervical inférieur, lequel est réuni au premier thoracique. C'est ce dernier ganglion du ganglion étoilé qui reçoit le groupe le plus important ; il reçoit les rameaux de C⁵ à D¹. Ces ganglions sont directement reliés au sympathique, au pneumogastrique, au nerf de Cyon et à l'ensemble du plexus cardiaque.

CONCLUSIONS

1° Les cas de névralgie de l'hémithorax gauche et du bras gauche, donnant lieu au syndrome d'angine de poitrine, sont relativement fréquents ;

2° Pour engendrer le syndrome d'angor pectoris, névralgies des dernières paires cervicales et des premières dorsales sont fréquemment associées ;

3° Le sexe féminin, entre 30 et 45 ans, fournit le plus grand nombre de ces malades ;

4° Ces malades, bien que névralgiques, se présentent avant tout comme des cardiaques, car les phénomènes douloureux sont presque exclusivement paroxystiques ;

5° Les crises angineuses, sont souvent spontanées, mais peuvent survenir aussi sous l'influence de la marche, ou d'un mouvement du bras douloureux ;

6° Les crises angineuses d'origine neuralgique consistent en paroxysmes douloureux siégeant à la fois à la région précordiale et au bras gauche. A cet élément douloureux s'ajoute fréquemment : l'angoisse, c'est-à-dire constriction thoracique et crainte de la mort ; toutefois de ces deux éléments constitutifs de la sensation d'an-

goisse, la constriction thoracique est le phénomène le plus fréquemment observé.

7° Les malades ayant des crises angineuses d'origine névralgique ne présentent aucune modification physique du cœur. Ces crises ne semblent pas susceptibles de causer la mort subite.

8° Les points névralgiques sont constants : surtout les points d'Erb, radial, médian et intercostaux.

9° Il n'y a pas de détail clinique permettant à lui seul d'affirmer l'origine névralgique d'une crise angineuse ;

10° Plusieurs points méritent cependant d'être retenus car ils dirigent les recherches :

- a) Les crises sont le plus souvent spontanées ;
- b) Présence avant et après la crise de signes de névralgies ;
- c) Absence de tout signe clinique, radiologique et électro-cardiologique de lésion cardio-aortique ;
- d) Bons effets d'une thérapeutique exclusivement anti-neuralgique.

Le diagnostic de l'origine névralgique des crises angineuses se fait par la réunion de ces divers caractères positifs et négatifs.

11° Le mécanisme de l'angor compliquant les névralgies thoraco-brachiales gauches, est le même, mais en sens inverse, que celui expliquant l'irradiation brachiale gauche dans l'angor d'origine cardio-artérielle. C'est le même circuit nerveux qui se fait dans le sens sympathique puis rachidien pour l'angor d'origine cardio-artérielle. et dans le sens rachidien puis sympathique pour l'angor d'origine neuralgique. La production de ce circuit inverse

rachidien sympathique est vraisemblablement favorisée par la répétition des incitations neuralgiques et par le terrain spécial d'hyperexcitabilité algique de certains malades.

12° Les prescriptions antinévralgiques donnent de bons résultats : aspirine pendant les crises ; salicylate de soude et soufre colloïdal per os dans l'intervalle des crises ; injections sous-cutanées d'air, d'eau distillée, d'acide salicylique, d'iodure de sodium, etc..., au voisinage des points douloureux. Parmi les méthodes physiothérapiques le massage la diathermie, la radiothérapie fournissent d'excellents résultats.

VU : *Le Doyen,*

ROGER

VU : *Le Président de thèse,*

SERGEANT

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY



BIBLIOGRAPHIE

AXENFELD. — *T. IV du Traité de Pathologie médicale de Requin*, 1864.

BARRIEU et NEMOURS. — *Radiothérapie de l'angine de poitrine*, Académie des Sciences, 16 janvier et 13 février 1928.

DANIELOPOLU. — *L'angine de poitrine et l'angine abdominale*, 1 vol., édit. Masson, Paris 1927.

FOIX (Ch.) et CHAVANY. — *Les névralgies brachiales*, Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, Paris 1925.

GALLAVARDIN. — *Les angines de poitrine*, Rapport au Congrès Français de Médecine, Nancy, 1925.

GUILLAUME (de Spa). — *Diagnostic des douleurs thoraciques à forme angineuse*, Bruxelles Médical, 29 avril 1928.

HUCHARD. — *Traité des maladies du cœur* 1899, Tome II.

LASSÈGUE. — *Névralgies du plexus brachial simulant chez un emphysémateux une angine de poitrine*, Gazette des Hôpitaux, 1878.

LASSÈGUE. — *Des cardiopathies réflexes d'origine brachiale*, Thèse Paris, 1883.

LERICHE (R.) et FONTAINE. — *Rôle du ganglion étoilé gauche dans le déterminisme de la crise d'angine de poitrine*, Académie des Sciences, 14 janvier 1929.

LIAN (C.). — *Appareil circulatoire*, in *Thérapeutique des cliniques de la Faculté*, édit. Gittler, puis Lefrançois, 1913, et in *Technique Clinique Médicale* SERGENT, 3^e édit. 1918, édit. Maloine.

— *Troubles cardiaques des névralgies intercostales gauches*, Réunion médicale de la IV^e Armée, 30 juin 1916, in *Presse Médicale*, 7 août 1916, p. 351.

— *Remarques cliniques sur les angines de poitrine*, Journal de Médecine et Chirurgie pratiques, 25 mai 1919, pp. 369-377.

— *Diagnostic étiologique et pronostic des angines de poitrine*, Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, 10 juillet 1919, pp. 491-500.

— *Quelques nouveaux aperçus cliniques sur les angines de poitrine*, L'Hôpital, avril 1920 (B). N^o 21, Vol. Maladies du cœur, in *Traité de Pathologie Médicale* SERGENT, Maloine, édit. 1^{re} édit. 1921, réédit. 1926.

LIAN (C.) et DESCOUT. — *L'électrothérapie dans les maladies du cœur et des vaisseaux*, Journal Médical Français, février 1925.

LIAN (C.), VIAIS (O.), VIDRASCO (C.). — *L'Atypie ventriculaire en électrocardiographie*, Annales de Médecine, T. xxvi, n^o 1, juin 1929.

— *Les modifications électrocardiographiques dans*

l'angor aigu coronarien fébrile (d'après 14 observations personnelles) Société Médicale des Hôpitaux de Paris, séance du 12 juillet 1929.

— *De l'importance de l'électrocardiographie dans l'étude clinique et pathogénique du syndrome angine de poitrine*, Annales de Médecine (sous presse).

LIAN (C.), BARRIEU et NEMOURS. — *Technique et résultats de la radiothérapie dans l'angine de poitrine*, Société Médicale des Hôpitaux, 15 juin 1928.

LIAN (C.) et MARCHAL. — *Radiothérapie de l'angine de poitrine*, Paris Médical, 1^{er} décembre 1928.

LIAN (C.) et FLORA. — *Angine de poitrine et aérophagie*. La Médecine, mars 1926.

— *Les troubles cardiaques des aérophages*, Journal de Médecine et Chirurgie pratiques, 10 juillet 1926.

LIAN (C.), WEISSENBACH et PARTURIER. — *La forme angineuse de la colique hépatique*, Presse Médicale, 29 novembre 1924.

— *Les accidents cardiaques de la lithiase biliaire et des cholécystites non calculeuses*, La Médecine, mars 1925.

LICHWITZ. — *Algies viscérales*, Thèse, Paris 1929.

— Paris Médical, 6 juillet 1929.

POTAIN. — *Cliniques Médicales de la Charité*, édit. Masson, Paris 1894.

— *Mémoire au Congrès de la Rochelle*, 1892.

— *Néuralgie brachiale simulant l'angine de poitrine*, Gazette des Hôpitaux, 1888.

SUARD. — T. VI, *Neurologie du Traité de Pathologie*
SERGENT-RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX, édit.
Maloine.

TROUSSEAU. — *Cliniques Médicales*, T. I, p. 527.

VAQUEZ. — *Traité des Maladies du cœur*, édit. Baillière.

IMPRIMERIE A. OLIVIER (M. CARON, Directeur)

34, Rue Demolombe, Caen

REPORT OF THE COMMISSIONER OF THE GENERAL LAND OFFICE

FOR THE YEAR 1884

WASHINGTON

